

Vergaderjaar 2013–2014

30 597

Toekomst AWBZ

Nr. 458

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 1 juli 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 13 mei 2014 inzake de informatie over bekostiging behandeling zintuiglijk gehandicaptenzorg en de toepasbaarheid van het macrobeheersinstrument (Kamerstuk 30 597, nr. 439).

De op 3 juni 2014 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de Minister bij brief van 30 juni 2014 beantwoord. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

De adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de Minister	6

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de voorgenomen aanwijzing betreffende artikel 8 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) betreffende de bekostiging behandeling zintuiglijke gehandicaptenzorg en de toepasbaarheid van het macrobeheersinstrument (mbi) en hebben hierover nog een enkele vraag.

Toekomstige bekostiging zintuiglijk gehandicaptenzorg in de Zvw

De leden van de PvdA-fractie vragen of bestaande patiënten, ook in de nieuwe wijze van bekostiging, toegang houden tot deze zorg. Ook vragen zij of deze wijzigingen, afgezien de wijze van bekostiging, concrete gevolgen hebben voor nieuwe patiënten. Zo ja, welke gevolgen zijn dit?

Afbakening nieuwe prestatie Zvw

Genoemde leden vragen hoeveel geld er concreet naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) overgeheveld zal worden voor de behandeling die betrekking heeft op ondersteuning bij het maatschappelijk functioneren. Worden gemeenten op de hoogte gesteld dat zij deze middelen ter beschikking krijgen via de Wmo en dat zij voor deze ondersteuning dan ook zorg dienen te dragen?

Expertisefunctie

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de omvang van nieuw te ontwikkelen subsidie ter vervanging van de componenten lumpsum en de niet-cliëntgebonden consultatie staat ten opzichte van de huidige uitgaven hieraan. Zal deze naar verwachting groter, even groot, of kleiner zijn dan de uitgaven die hier momenteel mee gemoeid zijn?

Representatie, risicodragendheid en bestuurlijk akkoord

Genoemde leden vragen in hoeverre deze terugkerende en dus voor zorgverzekeraars voorspelbare kosten, gecompenseerd zullen worden door het risicovereveningssysteem. Risicoselectie door zorgverzekeraars vinden deze leden ongewenst en zij geven aan dat deze risicoselectie door een adequate risicoverevening ondervangen kan worden.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met zorgen kennisgenomen over de voorgenomen aanwijzing met betrekking tot de zintuiglijke gehandicaptenzorg. Zoals bekend zijn deze leden geen voorstander van de bezuinigingsoperatie van de regering als het gaat om de langdurige zorg. De AWBZ uitkleden en zorgtaken versnipperen onder vier wetten met een enorme bezuiniging op het budget zal volgens de leden niet ten goede komen aan de zorg. Genoemde leden willen weten hoe groot de omvang is van het aantal mensen die een zintuiglijke beperking hebben. Kan de

Minister de Kamer een overzicht sturen van het aantal mensen en daarbij aangeven welk zorgzwaartepakket deze mensen hebben?

Toekomstige bekostiging zintuiglijk gehandicaptenzorg in de Zvw

De leden van de SP-fractie vinden het bijzonder kwalijk dat de Minister constant spreekt over termen als cliëntprofielen en producten. Zij wijzen erop dat het gaat om zorg en vragen de Minister om nu eindelijk eens te stoppen met al die jargon en met duidelijke taal te spreken over de zorg die mensen nodig hebben.

Afbakening nieuwe prestatie Zvw

De leden van de SP-fractie vinden het opmerkelijk dat de Minister ervoor kiest om de zorg voor mensen met een visuele beperking, auditieve beperking en/of communicatie beperking te versnipperen onder de Zvw en de Wmo. Waarom behoudt de Minister de zorg voor deze mensen niet onder 1 wet? Graag een toelichting op dit punt.

Expertisefunctie

De leden van de SP-fractie kunnen er nog niet over uit dat de Minister het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wil overnemen om de lumpsum en de niet cliëntgebonden consultatie- en advies te bekostigen via de vorm van een subsidie. Waarom wordt alle zorg voor deze doelgroep niet wettelijk verankerd?

Representatie, risicodragendheid en bestuurlijk akkoord.

Zoals bekend zijn de leden van de SP-fractie niet voor het afbouwen van de ex-postcompensaties. Zij vragen welke gevolgen het heeft om deze doelgroep te plaatsen in de Zvw met betrekking tot het risicovereveningssysteem. Kunnen zorgverzekeraars detecteren? Is het juist niet verstandig om de ex-postcompensaties te behouden, gezien de plannen om een nieuwe en kwetsbare doelgroep onder te brengen onder de Zvw? Kan de Minister dit nader toelichten?

Bekostiging 2015: maximumtarieven en macrokostenbeheersing

De leden van de SP-fractie vragen de Minister waarom zij ervoor kiest om deze doelgroep onder het macrobeheersinstrument te plaatsen als ultimum remedium. Kan de Minister garanderen dat er voldoende budget is voor deze doelgroep, zodat de zorg voor deze mensen niet in gevaar komt, mede dankzij de stapeling van bezuinigingen waar deze mensen al mee te maken krijgen? Zou het budget niet moeten mee ademen met de zorgbehoefte omdat het recht op zorg leidend moet zijn? Kan de Minister daarop reageren? Kan de Minister tevens aangeven waarom zij de keuzemogelijkheid open laat voor een tariefmaatregel in plaats van een mbi-heffing? Genoemde leden vragen om een uitgebreide toelichting op de gestelde vragen.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister over de voorgenomen aanwijzing ex art. 8 Wmg betreft bekostiging behandeling zintuiglijk gehandicaptenzorg en de toepasbaarheid van het macrobeheersinstrument. Genoemde leden maken zich zorgen of een verantwoorde overheveling per 1 januari 2015 wel mogelijk is. Zij zien nog zoveel onduidelijkheden in de brief van de Minister en het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Zou het niet wenselijk zijn om als

uitgangsdatum 1 januari 2016 te nemen? Graag een reactie van de Minister op dit punt.

De leden van het CDA-fractie maken zich zorgen of bij aanvang van de zintuiglijk gehandicaptenzorg (ZG) in de Zorgverzekeringswet (Zvw) al niet direct sprake is van aanmerkelijke marktmacht. De Nederlandse Zorgautoriteit merkt zelf ook op dat er nauwelijks sprake zal kunnen zijn van marktwerking en dat ook de keuzevrijheid van de cliënt hiermee in gedrang zou kunnen komen. Het risico bestaat dat zorgverzekeraars onvoldoende tegenwicht kunnen bieden. Wat is het oordeel van de Minister over deze uitspraak van de Nederlandse Zorgautoriteit? Wat doet de Minister om deze situatie te voorkomen?

Deze leden vinden dat de brief veel onduidelijkheid oproept. Ten eerste vragen zij of de scheidslijn tussen begeleiding en behandeling bij deze specifieke doelgroep «makkelijk» te trekken is. Is de Minister niet bang dat dit in praktijk tot onduidelijkheid zal leiden, is de Minister daar niet huiverig voor? Waar ligt voor de Minister de scheidslijn, graag een concreet voorbeeld? Hoe gaat de Minister de afbakeningsproblemen tussen Wmo en Zvw regelen? Vooral omdat gemeenten een eigen lokaal beleid mogen voorstaan. Hoe groot is het bedrag dat gemeenten voor begeleiding krijgen van mensen met een zintuiglijke handicap? Hoe groot is het bedrag dat de zorginstellingen op dit moment voor begeleiding krijgen? Hoe wordt het bedrag over gemeenten verdeeld?

Begrijpen de leden van de CDA-fractie het goed dat de productstructuur voor behandeling AWBZ één op één wordt overgenomen in de Zvw? Is de Minister van mening dat deze productstructuur transparant is (ook omdat nu de ontwikkel- en kennisfunctie daar dwars doorheen loopt)?

De Nederlandse Zorgautoriteit geeft in dit kader ook aan dat het niet mogelijk is om alle prestaties op cliëntniveau te declareren dat wel een vereiste is in de declaratiestandaard in de Zvw. Dat brengt het risico met zich dat per 2015 niet alle zorg gedeclareerd kan worden. Hoe voorkomt de Minister dat er wederom problemen gaan ontstaan met accountantsverklaringen en dat de NZa tot de conclusie moet komen dat er sprake is van onrechtmatige declaraties?

Deze leden begrijpen dat de NZa op 14 april een advies heeft uitgebracht om extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten onder te brengen onder de Zvw. De Minister heeft het voornemen dat behandeling voor deze specifieke doelgroep per 1 januari 2015 onder de Zvw valt. Behandeling voor mensen met een zintuiglijk beperking is een gespecialiseerde functie die door 3 grote (Visio, Bartiméus, Kentalis) en enkele kleine instellingen landelijk wordt aangeboden. Iedere zorgverzekeraar heeft daarom een zeer kleine populatie verzekerden waarvoor men moet inkopen. Denkt de Minister dat zorgverzekeraars deze zorg doelmatig kunnen inkopen, nadat de eis tot representatie vervallen is? Hoe gaat de Minister ervoor zorg dragen dat de administratieve lasten niet zullen toenemen indien zorgverzekeraars na het vervallen van de eis van representatie diverse eisen kunnen gaan stellen?

Verder stelt de brief dat het onderzoek van de NZa naar de bekostiging voor behandeling van deze specifieke doelgroep in oktober 2014 wordt verwacht. Waarom wacht de Minister niet de uitkomsten van dit onderzoek af alvorens deze beslissing te nemen? De leden van de CDA-fractie vinden het onverstandig van de Minister dat deze doorzet zonder de uitkomsten van het onderzoek af te wachten. Deze leden vragen dit in het bijzonder af omdat de Minister in de brief stelt dat zorgverzekeraars vanaf 2015 volledig risicodragend zijn voor de kosten voor extramurale behandeling. Waarom kiest de Minister er bij deze dure zorg voor om deze specialistische behandeling vanuit een volksverzekeringssysteem in een keer over te dragen naar een schadeverzekering en die, per ingangsdatum 1 januari 2015, volledig risicodragend te laten zijn? De leden van de CDA-fractie willen hier graag een uitgebreide onderbouwing voor want zij vinden dit niet helder uiteengezet in de brief.

Kan de Minister duidelijk uiteenzetten waarom zij van mening is dat de kosten voor extramurale behandeling voldoende samen hangen met vereveningskenmerken uit het huidige ex ante risicovereveningsmodel voor somatische zorg? Is volgens de Minister de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel leidend wanneer men kiest om behandeling voor ZG volledig risicodragend uit te voeren? Waaruit blijkt dat de risicoverevening mensen met een zintuiglijke beperking voldoende compenseert? Kan de Minister dit met een concrete berekening toelichten?

Kan de Minister verduidelijken hoe het komt dat de functie behandeling in 2013 met 11% is gestegen? Waarom gaat men voor 2015 niet uit van de kosten in 2013 maar neemt men de bedragen van 2012?

Specifieke CSLM-zorg (continue, systematische, langdurige, multidisciplinaire zorg) valt onder de verantwoordelijkheid van en onder regie van een gedragswetenschapper met deskundigheid van de grondslagen van de specifieke doelgroepen. De inhoud van de zorg vindt de NZa onvoldoende duidelijk, maar klaarblijkelijk voorziet het wel in een behoefte. Anders zou de zorg niet worden afgenomen. Hoe kijkt de Minister hier tegen aan? Neemt de Minister het plan van de NZa over om deze zorg enkel onder multidisciplinaire zorg te laten vallen? Welke gevolgen heeft dat voor de tarieven van deze zorg? Wat zijn de huidige tarieven en wat worden de nieuwe tarieven?

Deze leden begrijpen uit de brief dat de expertisefunctie los moet worden gezien van de behandeling aan mensen met een zintuiglijke beperking maar zij vragen in dit verband hoe de Minister dan een aparte subsidiestroom voor zich ziet. In de brief geeft het ministerie aan dat er naar een alternatieve bekostiging wordt gestreefd in de vorm van subsidie. Genoemde leden vragen of dit zo goed uit elkaar te trekken is. Maar zo vragen deze leden wil de Minister die subsidieregeling vervolgens onder de Zvw brengen of wordt dit een aparte subsidieregeling vanuit het ministerie. Hebben de zorgverzekeraars ervaring met het bekostigen van ontwikkeling en kennis op dit terrein en vindt de Minister dit een taak voor de zorgverzekeraars?

De Minister geeft aan dat zorgaanbieders, Zorgverzekeraars Nederland, cliëntorganisaties en het Ministerie van VWS in overleg zijn over het sluiten van een bestuurlijk akkoord. De leden van de CDA-fractie willen graag weten wanneer dit bestuurlijke akkoord over zorg voor mensen met zintuiglijke beperking gesloten wordt.

Ten slotte vragen genoemde leden of de Minister er verstandig aan doet om de mogelijkheid open te houden om overschrijdingen op het kader van zintuiglijk gehandicaptenzorg via een tariefmaatregel te redresseren. De Nederlandse Zorgautoriteit is namelijk kritisch op die mogelijkheid. Aanpassing van het tarief is geen garantie dat een jaar later de kosten wel binnen het kader blijven. Het doorvoeren van een tariefkorting ligt bij aanpassing van de prestatiestructuur mogelijk ook lastig. Waarom kiest de Minister er dan toch voor om deze mogelijkheid open te houden?

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de bekostiging van de behandeling zintuiglijk gehandicaptenzorg en hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen.

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft geconcludeerd dat het grootste deel van de extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten naar zijn aard onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) past. Voor de begeleiding voor zintuiglijk gehandicapten en de doventolken is geconcludeerd dat zij passend zijn in de Wmo. Genoemde leden vragen of de Minister denkt dat de gemeenten deze taak erbij kunnen hebben. Krijgen de gemeenten voor deze categorie wel een zorgplicht of kan ook deze zorgvraag geweigerd worden?

De bedragen uit de huidige AWBZ-functie behandeling die betrekking hebben op ondersteuning bij het maatschappelijk functioneren worden met de huidige AWBZ-functie begeleiding voor zintuiglijk gehandicapten naar de Wmo overgeheveld. De leden van de PVV-fractie vragen dit bedrag geormerkt wordt of ook in de grote sociale pot wordt gestopt. Hoe kan de Minister garanderen dat deze groep mensen de zorg en begeleiding krijgen die ze nodig hebben?

De NZa adviseert om bij de expertisefunctie de componenten lumpsum en de niet-cliëntgebonden consultatie en advies bij andere zorgaanbieders te bekostigen via een alternatieve bekostiging in de vorm van een subsidie. Dit is een van de onderdelen die niet van de AWBZ overgeheveld worden naar de Wet langdurige zorg (Wlz). Gaat de Minister hier niet aan zijn doel voorbij door dan maar financiering door middel van een subsidie te onderzoeken? Zijn er nog meer onderdelen van de AWBZ die uiteindelijk gefinancierd zullen gaan worden via subsidies?

Omdat in 2015 de inkoopinformatie voor de zorgverzekeraars nog beperkt is en vanwege het feit dat er sprake is van slechts enkele aanbieders die deze vormen van zorg aanbieden, zal in 2015 in verband met de overgangssituatie door middel van representatie worden ingekocht.

Waarom wordt er vastgehouden aan overheveling per 1 januari 2015 als er nog zoveel onduidelijk is? Ook vragen deze leden hoe zal worden omgegaan met het beperkte aantal aanbieders van deze vorm van zorg.

Wat zijn de consequenties als de zorgverzekeraars er niet uitkomen met de aanbieders? Wat zijn de gevolgen voor de premie in deze? Komt deze zorg onder het eigen risico? Zo ja, wat heeft dat voor gevolgen voor de financiële situatie van deze groep? Hoe gaat er gekeken worden naar de stapeling van eigen bijdragen en het eigen risico?

Met de aanwijzing krijgt de NZa de opdracht prestaties en maximumtarieven vast te stellen voor de zintuiglijk gehandicaptenzorg in de Zvw. Wat zijn hiervan de financiële gevolgen voor de aanbieders? Bestaat het risico dat er van het toch al kleine aantal aanbieders een omvalt? Dat geldt ook voor de mogelijkheid om, indien er sprake is van een overschrijding op het kader zintuiglijk gehandicaptenzorg, te besluiten deze via een tariefmaatregel te redresseren in plaats van of naast de mbi-heffing.

Graag een reactie van de Minister op dit punt.

Tot slot zijn de leden van de PVV-fractie van mening, dat er ook zorgvuldig moet worden omgegaan met kleine groepen die zorg en ondersteuning nodig hebben.

II. Reactie van de Minister

Vragen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie vragen of bestaande cliënten toegang houden tot de zorg in de Zvw. Ook vragen zij of deze wijzigingen, afgezien de wijze van bekostiging, concrete gevolgen hebben voor nieuwe patiënten.

Alle bestaande cliënten die in zorg zijn op 1 januari 2015 en nog niet zijn uitbehandeld, kunnen deze zorg blijven ontvangen van dezelfde aanbieder. Voor nieuwe patiënten betekenen deze wijzigingen dat niet het zorgkantoor, maar de zorgverzekeraar eerste aanspreekpunt is voor (vergoeding van) deze zorg. In de AWBZ was er geen sprake van een eigen bijdrage voor verzekerden voor de functie behandeling. Bij de overgang van deze zorg naar de Zvw gaat, zoals gebruikelijk, het eigen risico ook voor deze zorg gelden.

De leden van de PvdA-vragen hoeveel geld er concreet naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) overgeheveld zal worden voor de behandeling die betrekking heeft op ondersteuning bij het maatschap-

pelijk functioneren. Worden gemeenten op de hoogte gesteld dat zij deze middelen ter beschikking krijgen via de Wmo en dat zij voor deze ondersteuning dan ook zorg dienen te dragen?

De vraag van de PvdA betreft de financiële consequenties van de afbakening van de te verzekeren prestatie in het Besluit zorgverzekering met de ondersteuning vanuit de Wmo. De ondersteuning voor zintuiglijk gehandicapten wordt ondergebracht in de Wmo 2015, de behandeling voor zintuiglijk gehandicapten wordt ondergebracht in de Zvw. De formulering van de te verzekeren prestatie in de Zvw in het Besluit zorgverzekering (Bzv) is op 10 juni 2014 naar de Tweede Kamer gezonden. De afbakening tussen de prestatie in de Zvw en de Wmo op het niveau van interventies heeft er toe geleid dat de NZa heeft geadviseerd om € 3,8 miljoen euro (prijspeil 2013) uit het budget van de huidige AWBZ-prestaties¹ «behandeling zintuiglijk gehandicapten visueel» (H332) en «behandeling zintuiglijk gehandicapten auditief» (H333) toe te voegen aan het Wmo-budget. Dit bedrag wordt overgeheveld naar het deelfonds sociaal domein. De VNG werkt in afstemming met het Ministerie van VWS op dit moment aan de totstandkoming van de landelijke inkoopafspraken voor de specialistische begeleiding van mensen met een zintuiglijke beperking. De Algemene Ledenvergadering van de VNG heeft hiervoor op 19 juni ingestemd met de mandatering aan de VNG (voorzitter VNG bestuur) van het sluiten van raamcontracten en het maken van afspraken met specialistische aanbieders, waarbinnen gemeenten naar gebruik afrekenen.

De hier bedoelde ondersteuning bij het maatschappelijk functioneren, wordt hier ook in meegenomen. Gemeenten worden door het Transitie-Bureau Wmo actief geïnformeerd over de landelijke inkoopafspraken, door middel van informatiekaarten, nieuwsflitsen en de website. Daarnaast monitor ik door middel van het transitievolgsysteem of gemeenten op de hoogte zijn van de landelijke inkoopafspraken. Op deze manier wordt voldoende geborgd dat gemeenten op de hoogte zijn dat zij ook voor deze ondersteuning zorg dienen te dragen.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de omvang van de nieuw te ontwikkelen subsidie ter vervanging van de componenten lumpsum en de niet-cliëntgebonden consultatie staat ten opzichte van de huidige uitgaven hieraan. Zal deze naar verwachting groter, even groot, of kleiner zijn dan de uitgaven die hier momenteel mee gemoeid zijn?

De ontwikkeling van kennis- en expertise voor de zintuiglijk gehandicaptensector is van oudsher binnen de zintuiglijk gehandicaptensector vormgegeven en bekostigd. Bekostiging van deze kennis- en expertise vindt plaats vanuit drie onderdelen in de bekostiging, namelijk:

- (1) een vast budget aan vier instellingen in de zintuiglijk gehandicaptenzorg (lumpsum)
- (2) opslagen in de tarieven
- (3) productieafspraken voor consultatie en advies.

Bij het derde onderdeel, productieafspraken voor consultatie en advies, maakt de NZa onderscheid tussen:

- (3a) cliëntgebonden afspraken, die herleidbaar zijn tot individuele cliënten bij andere zorginstellingen (instelling naar cliënt),
- (3b) niet-cliëntgebonden afspraken over consultatie en advies aan andere zorginstellingen (instelling naar instelling).

De NZa heeft in haar onderzoek in kaart gebracht wat de totale omvang van de alle componenten is. De totale omvang van de expertisemiddelen in alle onderdelen tezamen is € 46.6 miljoen (prijspeil 2013).

¹ NZa-beleidsregel CA-300-584 Prestatiebeschrijvingen en tarieven extramurale zorg 2014.

De PvdA-fractie vraagt naar de nieuwe subsidie die ontwikkeld wordt voor twee onderdelen van de expertisefunctie namelijk de lumpsum en voor de niet-cliëntgebonden afspraken over consultatie en advies aan andere zorgaanbieders. De bedragen die de NZa heeft berekend voor genoemde onderdelen van de expertisefunctie zijn geïndexeerd naar het volume voor 2015, waarmee het totaalbedrag dat in aanmerking komt voor alternatieve bekostiging € 20,5 mln is. Hierover zal nog de loon- en prijsindexering 2014 toegepast worden. De omvang van de subsidie zal op deze manier in 2015 vergelijkbaar zijn met de huidige uitgaven aan genoemde onderdelen die er naar raming mee gemeoid zullen zijn in 2014.

De leden van de PvdA-fractie geven aan risicoselectie door zorgverzekeraars ongewenst te vinden en geven aan dat dit ondervangen kan worden door een adequate risicoverevening. Ze vragen in hoeverre de kosten voor extramurale behandeling zintuiglijk gehandicapten gecompenseerd zullen worden door het risicovereveningssysteem.

Ik ben me er van bewust dat waakzaamheid ten aanzien van risicoselectie en continue aandacht voor verbetering van het risicovereveningssysteem essentieel zijn. Daarom werk ik van jaar op jaar aan het op peil houden en waar mogelijk verbeteren van de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel. Uit onderzoek specifiek gericht op de overheveling van extramurale behandeling zintuiglijk gehandicapten blijkt dat verevenen op basis van de huidige specificaties van het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische zorg, mede gezien de beperkte omvang van extramurale behandeling zintuiglijk gehandicapten, mogelijk is. Dit betekent dat de inzet van ex postcompensaties niet nodig is en zorgverzekeraars vanaf 2015 volledig risicodragend kunnen zijn. Dit sluit aan bij het kabinetsbeleid dat er op gericht is om het systeem van correcties achteraf (de ex postcompensaties) versneld af te bouwen.

Vragen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie willen weten hoe groot de omvang is van het aantal mensen die een zintuiglijke beperking hebben. De leden van de SP-fractie verzoeken daarbij aan te geven welk zorgzwaartepakket deze mensen hebben.

Circa 1,5 miljoen mensen zijn slechthorend, waarvan 45.000 zeer ernstig. Volgens gegevens het CIZ hebben circa 1050 mensen een indicatie voor een zorgzwaartepakket auditief. Ca. 300.000 mensen hebben een visuele beperking, waarvan ruim 75.000 blinden. Volgens gegevens van het CIZ hebben circa 2250 mensen een indicatie voor een zorgzwaartepakket visueel.

De leden van de SP-fractie vinden het bijzonder kwalijk dat de Minister constant spreekt over termen als cliëntprofielen en producten. Zij wijzen erop dat het gaat om zorg en vragen de Minister om nu eindelijk eens te stoppen met al die jargon en met duidelijke taal te spreken over de zorg die mensen nodig hebben.

Ik ben het geheel met de SP-fractie eens dat het noodzakelijk is om duidelijke taal te spreken over de zorg die mensen nodig hebben, zeker ook als het gaat om de zorg voor mensen met een zintuiglijke beperking. Sinds 2011 werken alle betrokken partijen daarom gezamenlijk aan een gemeenschappelijke taal gericht op uniformering en transparantie over de zorg aan mensen met een zintuiglijke beperking. De zorgaanbieders,

verenigd in VIVIS² en SIAC³, hebben zelf afspraken gemaakt om vanaf 2012 zorg te registreren op basis van uniforme cliëntprofielen en producten. Dit ten behoeve van uniformiteit, transparantie, duidelijkheid en herkenbaarheid van deze zorg.

De leden van de SP-fractie vinden het opmerkelijk dat de Minister ervoor kiest om de zorg voor mensen met een visuele beperking, auditieve beperking en/of communicatie beperking te versnipperen onder de Zvw en de Wmo. De SP-fractie vraagt waarom de Minister de zorg voor deze mensen niet onder 1 wet behoudt?

De ondersteuning voor zintuiglijk gehandicapten is ondergebracht in de Wmo 2015, de behandeling voor zintuiglijk gehandicapten wordt ondergebracht in de Zvw. Mijn uitgangspunt is dat mensen met een zintuiglijke handicap de juiste zorg en ondersteuning dienen te krijgen. Welke zorg of ondersteuning dat is, kan sterk verschillen. Een behandeling in verband met een ernstige auditieve of visuele beperking is van een heel andere aard dan ondersteuning met als doel om iemand met een auditieve of visuele beperking in staat te stellen deel te nemen aan de maatschappij. Daarmee verschilt ook het aangewezen domein van zorg. De Zorgverzekeringswet is primair gericht op behandeling en herstel, de Wmo 2015 is onder andere bedoeld voor ondersteuning en begeleiding. Ik kies er dus voor om niet alle ongelijksoortige vormen van zorg en ondersteuning voor mensen met een zintuiglijke beperking in één wet onder te brengen, maar de zorg- en ondersteuningsvraag van de cliënt centraal te stellen bij de vraag vanuit welk domein de zorg of ondersteuning geleverd dient te worden.

De leden van de SP-fractie vragen naar de expertisefunctie. Zij vragen waarom ervoor gekozen is om de kosten voor onderdelen lumpsum en de niet-cliëntgebonden consultatie via een subsidieregeling aan de sector ter beschikking te stellen en niet alle zorg voor deze doelgroep wettelijk te verankeren.

Om een besluit te nemen over de toekomstige vormgeving van de expertisefunctie acht ik het noodzakelijk deze functie eerst nader inzichtelijk te maken. Daarom zal deze functie door de NZa worden onderzocht. Op basis hiervan kan een besluit worden genomen over de verdere vormgeving van de expertisefunctie.

Voor de vaste budgetten aan vier instellingen voor zintuiglijk gehandicapten (lumpsum) geldt dat de NZa op dit moment onvoldoende scherp inzicht heeft waarvoor deze middelen worden ingezet. Deze middelen zijn in de AWBZ jaarlijks aan de rekenstaten van de zorginstellingen toegevoegd, zonder voorafgaande indiening van activiteitenplannen met begrotingen. Nu deze middelen beschikbaar worden gesteld in de vorm van subsidie betekent dit dat zorgaanbieders jaarlijks vooraf aan moeten geven aan welke activiteiten zij de middelen gaan besteden. Daarmee wordt een start gemaakt met verdere transparantie over de inzet van betreffende middelen.

Voor een deel van de afspraken over het leveren van consultatie en advies aan andere zorginstellingen geldt dat dit niet-cliëntgebonden zorg is en dat deze zich daarom niet leent voor overheveling naar de Zvw. Ik vind financiering in de vorm van een subsidie dan ook een goede regeling totdat het nader NZa-onderzoek meer duidelijkheid zal geven.

² Vereniging van Instelling voor mensen met een Visuele Beperking.

³ Samenwerkende Instellingen Auditieve Communicatieve Sector.

De leden van de SP-fractie geven aan niet voor het afbouwen van de ex postcompensaties te zijn. Ze vragen welke gevolgen het heeft om deze doelgroep te plaatsen in de Zvw met betrekking tot het risicoverevenings-systeem. Ze vragen zich af of zorgverzekeraars kunnen detecteren en of het juist niet verstandig is om de ex postcompensaties te behouden, gezien de plannen om een nieuwe en kwetsbare doelgroep onder te brengen in de Zvw.

Het kabinetsbeleid is er op gericht om het systeem van correcties achteraf (de ex postcompensaties) versneld af te bouwen. Uit onderzoek specifiek gericht op de overheveling van extramurale behandeling zintuiglijk gehandicapten blijkt dat verevenen op basis van de huidige specificaties van het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische zorg, mede gezien de beperkte omvang van extramurale behandeling zintuiglijk gehandicapten, mogelijk is. Dit betekent dat de inzet van ex postcompensaties niet nodig is en zorgverzekeraars vanaf 2015 volledig risicodragend kunnen zijn. Ik ben me er van bewust dat waakzaamheid ten aanzien van risicoselectie in het algemeen en specifiek voor deze kwetsbare groep en continue aandacht voor verbetering van het risicovereveningssysteem essentieel zijn. Daarom werk ik van jaar op jaar aan het op peil houden en waar mogelijk verbeteren van de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel. Daarnaast besteedt de NZa jaarlijks in haar onderzoeken aandacht aan risicoselectie. Tot nu toe blijkt hieruit dat er geen doelbewuste strategieën van zorgverzekeraars zijn tot risicoselectie.

De leden van de SP-fractie vragen waarom het macrobeheersinstrument als ultimum remedium wordt ingezet. Tevens vraagt zij of de garantie gegeven kan worden dat er voldoende budget is voor deze doelgroep, zodat de zorg voor deze mensen niet in gevaar komt, mede dankzij de stapeling van bezuinigingen waar deze mensen al mee te maken heeft, en of het budget niet mee zou moeten ademen met de zorgbehoefte omdat het recht op zorg leidend zou moeten zijn? Daarnaast vragen de leden van de SP-fractie waarom er de keuze voor een tariefmaatregel in plaats van een mbi-heffing open blijft.

Ik zie het macrobeheersinstrument (mbi) inderdaad als een ultimum remedium. Voorop staat wat mij betreft dat wordt voorkomen dat overschrijdingen ontstaan. Daarom zet ik met alle betrokken veldpartijen in op het maken van afspraken over hoe deze overheveling soepel en op beheerste wijze kan verlopen door tijdige helderheid te verschaffen over het beschikbare financiële kader, tijdige publicatie van beleidsregels door de NZa, goede informatievoorziening voor patiënten, aanbieders en zorgverzekeraars, afspraken over de wijze waarop de contractering in 2015 zal plaatsvinden (representatie), monitoring van de contractering en door de introductie van risicodragendheid voor de zorgverzekeraars. Mocht onverhoopt toch sprake zijn van een overschrijding dan geldt de mogelijkheid van de inzet van het mbi. Ik ga ervan uit dat het macrokader voor zintuiglijk gehandicaptenzorg toereikend is om na de overheveling naar de Zvw deze zorg te leveren en in te kopen. De overheveling gebeurt immers budgettair neutraal: er vindt geen bezuiniging plaats op deze overheveling. Daarnaast is er voor 2015 en 2016 1% groei op jaarbasis beschikbaar. Zorgverzekeraars zullen hun rol moeten oppakken en de zorg doelmatig moeten inkopen. Daarnaast hebben zorgverzekeraars een zorgplicht, waardoor de continuïteit van zorg voor zintuiglijk gehandicapten gegarandeerd is. De optie van een tariefmaatregel, naast het inzetten van het mbi, laat ik open. Hiermee ben ik in staat om in geval van een overschrijding van het macrokader naar de toekomst toe in te grijpen om toekomstige overschrijdingen te voorkomen.

Vragen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie vragen of het niet wenselijk zou zijn om als ingangsdatum 1 januari 2016 te nemen.

In de afgelopen jaren is door cliëntorganisaties, VIVIS en SIAC (beiden ressorterend onder VGN), zorgverzekeraars en VWS in het traject Verbindend Vernieuwen gewerkt aan een passende, toekomstbestendige en beheersbare positionering en bekostiging van de zorg- en dienstverlening aan mensen met een zintuiglijke beperking. De overheveling van de extramurale behandeling voor deze doelgroep naar de Zvw is – mede gezien het advies van het College voor zorgverzekeringen (nu Zorginstituut) een logische vervolgstap richting een toekomstbestendige positionering van deze zorg. Uitgangspunt hierbij is dat deze overheveling op een zorgvuldige wijze moet gebeuren. Daarom heb ik intensief overleg met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntorganisaties om bestuurlijke afspraken te maken over de wijze waarop de zorg in 2015 wordt overgeheveld, over de te nemen stappen in de doorontwikkeling richting het eindmodel, over de expertisefunctie, over doorontwikkeling van het kwaliteitskader, over de financiële randvoorwaarden (waaronder doelmatigheid en beheersbaarheid van het budgettaire kader), over toegankelijkheid van de zorg, over specifieke communicatie met deze cliëntgroep en over monitoring. Daarmee heb ik er vertrouwen in dat de overheveling per 2015 op verantwoorde wijze mogelijk is. Bovendien levert uitstel onzekerheid op bij zorgaanbieders die zich al een aantal jaren voorbereiden op deze overheveling.

De leden van de CDA-fractie vragen zich af of er niet al bij aanvang van zintuiglijk gehandicaptenzorg in de Zvw al sprake is van aanmerkelijke marktmacht. De Nederlandse Zorgautoriteit merkt zelf ook op dat er nauwelijks sprake zal kunnen zijn van marktwerking en dat ook de keuzevrijheid van de cliënt hiermee in gedrang zou kunnen komen. Het risico bestaat dat zorgverzekeraars onvoldoende tegenwicht kunnen bieden. Wat is het oordeel van de Minister over deze uitspraak van de NZa. Wat doet de Minister om dit te voorkomen?

In deze sector is sprake van een beperkt aantal gespecialiseerde zorgaanbieders wat, zoals de NZa ook aangeeft, tot gevolg heeft dat nauwelijks sprake zal zijn van onderlinge concurrentie. Daar staat tegenover dat de zorgverzekeraars via de contractering een belangrijk sturingsinstrument in de richting van deze zorgaanbieders in handen hebben om tot afspraken te komen over zorgverlening voor hun verzekerden. De voorgenomen aanpassing van artikel 13 van de Zvw geeft de zorgverzekeraars extra handvatten om hieraan vorm en inhoud te geven. Bovendien heb ik om de zorgcontractering te vergemakkelijken in de transitiefase met de sector afgesproken dat zorgverzekeraars in het jaar 2015 in representatie zullen inkopen. Met de opgedane kennis van 2015 zullen de zorgverzekeraars in 2016 goed zijn toegerust om op individuele basis te kunnen inkopen. Indachtig het rapport van de NZa ga ik er van uit dat de NZa de ontwikkelingen nauwlettend in de gaten houdt. De NZa kan immers indien nodig het AMM-instrument inzetten om eventuele negatieve effecten van aanmerkelijke marktmacht van zorgaanbieders tegen te gaan. De NZa kan bijvoorbeeld verplichtingen opleggen zodat de eventuele negatieve effecten die in het rapport van de NZa in kaart gebracht zijn niet optreden. Daarnaast kan ook de ACM ingrijpen wanneer zorgaanbieders de concurrentie vervalsen of misbruik maken van hun economische machtspositie. Ik vertrouw erop dat deze bevoegdheden toereikend zijn en dat de toezichthouders deze instrumenten toepassen wanneer dat nodig is.

Ten eerste vragen zij of de scheidslijn tussen begeleiding en behandeling bij deze specifieke doelgroep «makkelijk» te trekken is. Is de Minister niet bang dat dit in praktijk tot onduidelijkheid zal leiden, is de Minister daar niet huiverig voor? Waar ligt voor de Minister de scheidlijn, graag een concreet voorbeeld? Hoe gaat de Minister de afbakeningsproblemen tussen Wmo en Zvw regelen? Vooral omdat gemeenten een eigen lokaal beleid mogen voorstaan.

De vraag van CDA betreft de afbakening van de te verzekeren prestatie in het Besluit zorgverzekeringswet met de ondersteuning vanuit de Wmo. De ondersteuning voor zintuiglijk gehandicapten wordt ondergebracht in de Wmo 2015, de behandeling voor zintuiglijk gehandicapten wordt ondergebracht in de Zvw. De formulering van de te verzekeren prestatie in de Zvw in het Besluit zorgverzekering is op 10 juni 2014 naar de Tweede Kamer gezonden. De basis voor de afbakening ligt in het advies van het Zorginstituut Nederland (voorheen: (Kamerstuk 29 689, nr. 519) College voor zorgverzekeringen). Het Zorginstituut Nederland heeft op 25 juni 2013 geadviseerd over het overhevelen van de zintuiglijk gehandicaptenzorg van de aanspraken op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar het basispakket. Het Zorginstituut Nederland heeft in zijn rapport aangegeven dat deze zorg, voor zover geneeskundig van aard, naast de zorgonderdelen die al in het basispakket zitten, ook in het basispakket past. Onder de naar de Zvw overgeheveldde zorg vallen niet onderdelen van de zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren en de complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen prelinguaal doven. Concreet voorbeelden van ondersteuning van volwassen prelinguaal doven op grond van de Wmo betreffen ambulante woonbegeleiding, inzet van dovenmaatschappelijk werk en dagopvang. De afbakening tussen de te verzekeren prestatie in het Besluit zorgverzekering met de ondersteuning vanuit de Wmo is uiteengezet in de toelichting van het Besluit zorgverzekering. Binnen de Wmo is ervoor gekozen om voor deze specifieke groep cliënten landelijke inkoopafspraken te maken voor de ondersteuning. Het resultaat van de landelijk inkoopafspraken is een «raamovereenkomst» tussen gemeenten (VNG) en de landelijke aanbieders van specialistische begeleiding voor mensen met een zintuiglijke beperking. De raamovereenkomst beschrijft de inhoud van de ondersteuning, het tarief en de afgesproken werkwijze tussen de gemeenten en aanbieders. De Algemene Ledenvergadering van de VNG heeft hiervoor op 19 juni ingestemd met de mandatering aan de VNG (voorzitter VNG bestuur) van het sluiten van de raamcontracten en het maken van afspraken met specialistische aanbieders, waarbinnen gemeenten naar gebruik afrekenen.

De leden van de fractie van het CDA vragen hoe groot het bedrag is dat gemeenten voor begeleiding krijgen van mensen met een zintuiglijke handicap. Voorst vragen de leden hoe groot het bedrag is dat de zorginstellingen op dit moment voor begeleiding krijgen en hoe het bedrag over gemeenten wordt verdeeld.

De middelen voor begeleiding van mensen met een zintuiglijke handicap zijn niet geoormerkt en maken onderdeel uit van het totale Wmo budget dat wordt toegevoegd aan het tijdelijk deelfonds sociaal domein in het Gemeentefonds. In het macrobudget van de Wmo 2015 is een bedrag van 1.938 miljard voor begeleiding en kortdurend verblijf inclusief bijbehorend vervoer opgenomen. Dit is exclusief de financiële taakstelling op begeleiding voor 2015 van 11%. In 2015 wordt het budget op basis van historische uitgaven in de AWBZ in 2013 verdeeld over de gemeenten. In opdracht van de Minister van BZK en mij doet een onderzoeksbureau momenteel onderzoek naar een objectief verdeelmodel dat met ingang

van 2016 wordt ingevoerd en aansluit bij de systematiek van het Gemeentefonds.

De leden van de CDA-fractie vragen of de productstructuur voor behandeling AWBZ één op één wordt overgenomen in de Zvw? Is de Minister van mening dat deze productstructuur transparant is (ook omdat nu de ontwikkel- en kennisfunctie daar dwars doorheen loopt)?

In 2015 wordt de bekostiging in de Zvw gebaseerd op de twee bestaande prestaties uit de AWBZ. Partijen onderschrijven de noodzaak dat de huidige grofmazige productstructuur verbeterd moet worden. Daarom werken partijen aan een nieuwe bekostigingssystematiek die beter aansluit op de uniforme producten en cliëntprofielen die sinds 2012 in de sector gebruikt worden. Het invoeren van een volledig uitgewerkte nieuwe bekostigingssystematiek per 2015 is niet verantwoord. De transitie van deze zorg naar de Zvw kent dan ook twee fases. In de eerste fase (in 2015) is de bekostiging in de Zvw gebaseerd op de huidige productstructuur in de AWBZ. In de tweede fase wordt door partijen verder gewerkt aan de doorontwikkeling naar een nieuwe (fijnmaziger) bekostiging. In deze tweede fase zal ook door de NZa nader onderzoek plaatsvinden naar de ontwikkel- en kennisfunctie (expertisefunctie), waarbij ook gekeken wordt naar de wijze waarop deze functie is opgenomen in de tariefopbouw van de declarabele prestaties. Daarbij wordt de ook vraag beantwoord of de hoogte van het bedrag dat in de tarieven is opgenomen voor de expertisefunctie actueel is.

De Nederlandse Zorgautoriteit geeft in dit kader ook aan dat het niet mogelijk is om alle prestaties op cliëntniveau te declareren dat wel een vereiste is in de declaratiestandaard in de Zvw. Dat brengt het risico met zich dat per 2015 niet alle zorg gedeclareerd kan worden. Hoe voorkomt de Minister dat er wederom problemen gaan ontstaan met accountantsverklaringen en dat de NZa tot de conclusie moet komen dat er sprake is van onrechtmatige declaraties?

De NZa merkt in het rapport op dat het bij prestaties die niet op cliëntniveau te declareren zijn gaat om onderdelen van de expertisefunctie. Deze onderdelen worden niet overgeheveld naar de Zvw. Het betreft hier de niet-cliëntgebonden afspraken over consultatie en advies (kennisoverdracht) aan andere zorginstellingen. Hier is geen sprake van cliëntgebonden zorg en daarom leent deze zich niet voor overheveling naar de Zvw. Deze middelen worden vanaf 2015 door VWS beschikbaar gesteld in de vorm van subsidie. Dit betekent dat zorgaanbieders jaarlijks vooraf aan moeten geven aan welke activiteiten zij de middelen gaan besteden. Er is bij een subsidie geen sprake van declaratie op cliëntniveau. De subsidiebestedingen moeten aan VWS verantwoord worden met een accountantsverklaring.

De leden van de CDA-fractie vragen tevens of zorgverzekeraars deze zorg doelmatig kunnen inkopen, nadat de eis tot representatie vervallen is. Ook vragen zij hoe er zorg voor wordt gedragen dat de administratieve lasten niet zullen toenemen indien zorgverzekeraars na het vervallen van de eis van representatie diverse eisen kunnen gaan stellen.

In het jaar 2015 willen de verzekeraars in representatie inkopen, omdat niet alle verzekeraars kennis hebben van deze specifieke doelgroep. Gedurende dit jaar zullen zij deze kennis opdoen. Tevens vindt er een kostenonderzoek plaats voor de doorontwikkeling van het bekostigingsmodel voor zintuiglijk gehandicapten. Beter tarieven en prestaties moeten zorgen voor meer transparantie voor verzekeraars, die ook voor een meer doelmatige inkoop gebruikt kan worden. Vanaf 2016 zullen

daardoor de verzekeraars over informatie beschikken met betrekking tot de inkoop van deze zorg. Zorgverzekeraars mogen verschillende eisen stellen in hun inkoop. Door het stellen van eisen in de inkoop kunnen zij zorgaanbieders stimuleren de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verbeteren. Waar het gaat om non-concurrentiële aspecten, zoals de administratie, kunnen partijen met elkaar afspraken maken om onnodige administratieve lasten te voorkomen.

Verder stelt de brief dat het onderzoek van de NZa naar de bekostiging voor behandeling van deze specifieke doelgroep in oktober 2014 wordt verwacht. Waarom wacht de Minister niet de uitkomsten van dit onderzoek af alvorens deze beslissing te nemen?

Het nader onderzoek van de NZa waarop het CDA doelt, betreft de doorontwikkeling van de bekostiging naar het eindmodel waarin de zorg op basis van herkenbare prestaties en een transparant kwaliteitskader wordt ingekocht. In 2015 wordt de bekostiging in de Zvw nog gebaseerd op de twee bestaande behandelprestaties uit de AWBZ. Uitgangspunt hierbij is dat deze overheveling op een zorgvuldige wijze moet gebeuren. Daarom heb ik intensief overleg met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntorganisaties om bestuurlijke afspraken te maken over de wijze waarop de zorg in 2015 wordt overgeheveld, over de te nemen stappen in de doorontwikkeling richting het eindmodel, over de expertisefunctie, over doorontwikkeling van het kwaliteitskader, over de financiële randvoorwaarden (waaronder doelmatigheid en beheersbaarheid van het budgettaire kader), over toegankelijkheid van de zorg, over specifieke communicatie met deze cliëntgroep en over monitoring. Daarmee heb ik er vertrouwen in dat de overheveling per 2015 op verantwoorde wijze mogelijk is.

De leden van de CDA-fractie vragen om een uitgebreide reactie waarom de Minister er bij deze zorg voor kiest om deze in een keer over te dragen en, per ingangsdatum 1 januari 2015, volledig risicodragend te laten zijn? Zij vragen de Minister om uiteen te zetten waarom zij van mening is dat de kosten voor extramurale behandeling voldoende samen hangen met vereveningskenmerken uit het huidige ex ante risicovereveningsmodel voor somatische zorg. De leden van de CDA-fractie vragen of volgens de Minister de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel leidend is wanneer men kiest om behandeling voor zintuiglijk gehandicapten volledig risicodragend uit te voeren. Zij vragen ook waaruit blijkt dat de risicoverevening mensen met een zintuiglijke beperking voldoende compenseert.

In het transitieplan Zvw⁴ is aangegeven dat ten aanzien van de risicodragendheid van de naar de Zvw over te hevelen zorg de kwaliteit van het ex ante systeem leidend zal zijn. Ik heb mijn beslissing over de mate van risicodragendheid gebaseerd op de onderzoeksresultaten van een tweetal onderzoeken specifiek gericht op de overheveling van extramurale behandeling zintuiglijk gehandicapten; een kwantitatief onderzoek naar de aard van deze zorg en een literatuuronderzoek naar mogelijke voorspellers voor deze zorg. Uit het kwantitatief onderzoek blijkt dat ongeveer 0,12 procent (ca. 20 duizend gebruikers) van de verzekerden gebruik maakt van extramurale behandeling en dat deze gebruikers 150 miljoen euro aan kosten maken. Uit dit onderzoek blijkt ook dat het gebruik van extramurale behandeling samenhangt met de vereveningskenmerken in het huidige ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische zorg, namelijk met leeftijd (de lage en hoge leeftijdsgroepen), de basis van het ex ante risicovereveningsmodel. Daarnaast maken

⁴ Kamerstuk 30 597, nr. 428.

arbeidsongeschikten, verzekerden die gebruik maken van specifieke geneesmiddelen (bijvoorbeeld glaucoom, diabetes type I), specifiek hulpmiddelengebruik en specifieke diagnoses vaker gebruik van extramurale behandeling dan gemiddeld. Deze samenhang wordt door het literatuuronderzoek ondersteund. Hieruit volgt namelijk dat leeftijd de belangrijkste risicofactor is voor het krijgen van een zintuiglijk beperking. En dat andere factoren, zoals geslacht (mannen), opleidingsniveau (laag), sociaal economische status (laag) en bepaalde aandoeningen ook een rol spelen. Uit het literatuuronderzoek zijn geen nieuwe voorspellers naar voren gekomen voor deze zorg. Op basis van deze onderzoeksresultaten heb ik geconcludeerd dat verevenen met de huidige specificaties van het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische zorg, mede gezien de beperkte omvang van extramurale behandeling zintuiglijk gehandicapten, mogelijk is. Daarom ben ik van mening dat de inzet van ex postcompensaties niet nodig is en zorgverzekeraars vanaf 2015 volledig risicodragend kunnen zijn.

De leden van de CDA-fractie vragen de Minister verduidelijking hoe het komt dat de functie behandeling in 2013 met 11% is gestegen.

Er is geen sprake van een stijging van de functie behandeling in 2013 met 11%. In het NZa-rapport is opgenomen dat de totale uitgaven aan extramurale zorg in de zintuiglijk gehandicaptenzorg, dat wil zeggen zowel de functie begeleiding als de functie behandeling, in 2013 met 11% is gestegen ten opzichte van 2010. Het betreft volgens opgave van de NZa een toename (11%) van € 166,5 miljoen in 2010 tot € 184,7 miljoen in 2013. De NZa geeft in haar rapport aan dat het totaal aantal uren zorg (voor begeleiding en behandeling tezamen) in dezelfde periode nagenoeg constant is gebleven op ongeveer 1,45 miljoen uur. De NZa constateert dat het aantal uren voor begeleiding is afgenomen en de uren voor behandeling zijn toegenomen. De NZa heeft de oorzaken van deze verschuiving niet onderzocht.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom voor 2015 niet uitgegaan wordt van de kosten in 2013 maar van de bedragen van 2012?

In het voorjaar ten tijde van het onderzoek van NZa waren de gegevens over 2013 nog niet (volledig) bekend. Daarom heeft de NZa de gegevens over 2012 als uitgangspunt genomen. Vervolgens heeft NZa deze gegevens geïndexeerd naar 2013 op basis van prijspeil 2013 en volumenniveau 2013. Derhalve wordt voor 2015 uitgegaan van een geraamd kostenniveau 2013.

Voorts vragen de leden van de CDA-fractie of ik het plan van de NZa overneem om de specifieke CSLM-zorg enkel onder multidisciplinaire zorg te laten vallen, en welke gevolgen dat heeft voor de tarieven van deze zorg.

Het multidisciplinaire karakter van deze zorg laat ik niet vallen en borg ik ook in de Zvw. Op 10 juni 2014 heb ik het Besluit zorgverzekering met de prestatie zintuiglijk gehandicaptenzorg naar de Tweede Kamer gezonden. De specifieke continue, systematische, langdurige, multidisciplinaire zorg (CSLM-zorg) in de AWBZ-functie behandeling betreft de zorg die ziet op het voorkomen van gevolgen of complicaties van de aandoening of het ontstaan van de met de aandoening gerelateerde stoornis. Deze problematiek is zo complex dat er een substantiële en duurzame coördinatie, regie en supervisie van een *multidisciplinair* zorgteam noodzakelijk is. In het Besluit zorgverzekering is opgenomen dat de prestatie zintuiglijk gehandicaptenzorg *multidisciplinaire* zorg omvat, gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als

doel de cliënt zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren. In mijn aanwijzing zal ik de NZa opdragen prestaties en tarieven te ontwikkelen die aansluiten op deze aanspraak.

De leden van de CDA-fractie vragen wat huidige tarieven zijn en wat de nieuwe tarieven worden?

De huidige productstructuur voor de behandeling van zintuiglijk gehandicapten («prestaties») in de AWBZ bestaat uit twee prestaties die zijn opgenomen in de NZa beleidsregel «Prestatiebeschrijvingen en tarieven extramurale zorg». Er is één prestatie voor de sector visueel (H332) en een voor de sector auditief (H333). De maximale beleidsregelwaarde («tarief») van de behandeling sector visueel (H332) bedraagt in 2014 € 155,07 per uur. Voor de behandeling sector auditief betreft dit bedrag in 2014 € 139,26 per uur. In 2015 wordt de bekostiging in de Zvw gebaseerd op de twee bestaande prestaties uit de AWBZ. De Nza zal de tarieven voor 2015 na ontvangst van de aanwijzing van VWS spoedig vaststellen.

Deze leden begrijpen uit de brief dat de expertisefunctie los moet worden gezien van de behandeling aan mensen met een zintuiglijke beperking maar zij vragen in dit verband hoe de Minister dan een aparte subsidiestroom voor zich ziet. In de brief geeft het ministerie aan dat er naar een alternatieve bekostiging wordt gestreefd in de vorm van subsidie. Genoemde leden vragen of dit zo goed uit elkaar te trekken is. Maar zo vragen deze leden wil de Minister die subsidieregeling vervolgens onder de Zvw brengen of wordt dit een aparte subsidieregeling vanuit het ministerie. Hebben de zorgverzekeraars ervaring met het bekostigen van ontwikkeling en kennis op dit terrein en vindt de Minister dit een taak voor de zorgverzekeraars?

Om een besluit te nemen over de toekomstige vormgeving van de expertisefunctie acht ik het noodzakelijk deze functie eerst nader inzichtelijk te maken. Daarom zal deze functie door de NZa worden onderzocht. Op basis hiervan kan een besluit worden genomen over de verdere vormgeving van de expertisefunctie.

Bekostiging van deze kennis- en expertise vindt op dit moment plaats vanuit drie onderdelen in de bekostiging, namelijk:

- (1) een vast budget aan vier instellingen in de zintuiglijk gehandicaptenzorg (lumpsum)
- (2) opslagen in de tarieven
- (3) productieafspraken voor consultatie en advies.

Bij het derde onderdeel, productieafspraken voor consultatie en advies, maakt de NZa onderscheid tussen:

- (3a) cliëntgebonden afspraken, die herleidbaar zijn tot individuele cliënten bij andere zorginstellingen (instelling naar cliënt),
- (3b) niet-cliantgebonden afspraken over consultatie en advies aan andere zorginstellingen (instelling naar instelling).

De NZa heeft in haar onderzoek in kaart gebracht wat de totale omvang van de alle componenten is. De totale omvang van de expertisemiddelen in alle onderdelen tezamen is € 46.6 miljoen (prijsspeil 2013).

Voor twee onderdelen van de kennis- en expertisefunctie wordt voor 2015 gekozen voor een aparte subsidiestroom via de begroting van VWS. Het betreft de hierboven genoemde onderdelen 1 en 3b. Voor de vaste budgetten aan vier instellingen voor zintuiglijk gehandicapten (lumpsum) geldt dat de NZa op dit moment nog onvoldoende scherp inzicht heeft waarvoor deze middelen worden ingezet. Deze middelen zijn in de AWBZ jaarlijks aan de rekenstaten van de zorginstellingen toegevoegd, zonder voorafgaande indiening van activiteitenplannen met begrotingen. Nu deze

middelen beschikbaar worden gesteld in de vorm van subsidie betekent dit dat zorgaanbieders jaarlijks vooraf aan moeten geven aan welke activiteiten zij de middelen gaan besteden. Daarmee wordt een start gemaakt met verdere transparantie over de inzet van betreffende middelen.

Voor een deel van de afspraken voor de levering van consultatie en advies aan andere zorginstellingen geldt dat dit niet-cliëntgebonden zorg is en dat deze zich daarom niet leent voor overheveling naar de Zvw. Ik vind financiering in de vorm van een subsidie via de begroting van VWS dan ook een goede regeling totdat het nader NZa-onderzoek meer duidelijkheid zal geven. De verzekeraars spelen geen rol bij de uitvoering van deze subsidie.

De leden van de CDA-fractie willen graag weten wanneer dit bestuurlijke akkoord over zorg voor mensen met een zintuiglijke beperking gesloten wordt.

De besprekingen over het akkoord zijn in mei gestart tussen VWS, de zorgaanbieders verenigd in VIVIS en SIAC, ZN, Oogvereniging en de gezamenlijke clientorganisaties voor doven en slechthorenden en verlopen constructief. Het is mijn inzet om zo snel mogelijk tot definitieve afspraken met partijen te komen.

Ten slotte vragen leden van de CDA-fractie of de mogelijkheid om overschrijdingen op het kader van zintuiglijk gehandicaptenzorg te redresseren via een tariefmaatregel verstandig is, omdat de NZa kritisch op deze mogelijkheid is. Aanpassing van het tarief is geen garantie dat een jaar later wel de kosten binnen het kader blijven en het doorvoeren van een tariefkorting ligt bij aanpassing van de prestatiestructuur mogelijk ook lastig. Daarom vragen zij waarom deze mogelijkheid toch open gehouden wordt.

Ik zie het macrobeheersinstrument (mbi) als een ultimatum remedium. Voorop staat wat mij betreft dat wordt voorkomen dat overschrijdingen ontstaan. Daarom zet ik met alle betrokken veldpartijen in op het maken van afspraken over hoe deze overheveling soepel en op beheerste wijze kan verlopen door tijdige helderheid te verschaffen over het beschikbare financiële kader, tijdige publicatie van beleidsregels door de NZa, goede informatievoorziening voor patiënten, aanbieders en zorgverzekeraars, afspraken over de wijze waarop de contractering in 2015 zal plaatsvinden (representatie), monitoring van de contractering en door de introductie van risicodragendheid voor de zorgverzekeraars. Mocht onverhoopt toch sprake zijn van een overschrijding dan geldt de mogelijkheid van de inzet van het mbi. Ik ga ervan uit dat het macrokader voor zintuiglijk gehandicaptenzorg toereikend is om na de overheveling naar de Zvw deze zorg te leveren en in te kopen. De overheveling gebeurt immers budgettair neutraal: er vindt geen bezuiniging plaats op deze overheveling. Daarnaast is er voor 2015 en 2016 1% groei op jaarbasis beschikbaar. Zorgverzekeraars zullen hun rol moeten oppakken en de zorg doelmatig moeten inkopen. Daarnaast hebben zorgverzekeraars een zorgplicht, waardoor de continuïteit van zorg voor zintuiglijk gehandicapten gegarandeerd is. De optie van een tariefmaatregel, naast het inzetten van het mbi, laat ik open. Hiermee ben ik in staat om in geval van een overschrijding van het macrokader naar de toekomst toe in te grijpen om toekomstige overschrijdingen te voorkomen.

Vragen van de PVV-fractie

De leden van de fractie van de PVV vragen of de Minister denkt dat de gemeenten de taken rond de begeleiding voor zintuiglijk gehandicapten en de doventolken erbij kunnen hebben. Voorst vragen de leden hoe de Minister kan garanderen dat deze groep mensen de zorg en begeleiding krijgen die ze nodig hebben en vragen de leden of gemeenten voor deze categorie wel zorgplicht hebben of dat deze zorgvraag geweigerd kan worden.

Daarnaast vragen leden of de bedragen uit de huidige AWBZ-functie behandeling die betrekking hebben op ondersteuning bij het maatschappelijk functioneren, geoormerkt worden of ook in de deelfonds sociaal domein worden gestopt.

Gemeenten zijn op grond van de Wmo 2015 gehouden beleid te maken ter ondersteuning van mensen die niet volledig zelf kunnen voorzien in hun zelfredzaamheid en participatie.

Bij de ondersteuning aan mensen met een zintuiglijke beperking gaat het om specifieke ondersteuning. Ondersteuning waarvoor geldt dat er een gering aantal cliënten gebruik van maakt, er een beperkt aantal aanbieders voor is en de inhoud van het aanbod zeer specialistisch is. Om zorgcontinuïteit te garanderen en de administratieve lasten voor de landelijke aanbieders en gemeenten te beperken is er daarom voor gekozen om voor deze specifieke groep landelijke inkoopafspraken te maken voor de ondersteuning die valt onder «specialistische begeleiding». Het resultaat van de landelijk inkoopafspraken is straks een «raamovereenkomst» tussen gemeenten (VNG) en de landelijke aanbieders van specialistische begeleiding voor mensen met een zintuiglijke beperking. De raamovereenkomst gaat over de inhoud van de ondersteuning, het tarief en de afgesproken werkwijze tussen de gemeenten en aanbieders. Binnen de kaders van deze raamovereenkomst kunnen individuele regionale samenwerkingsverbanden of individuele gemeenten de ondersteuning bij deze aanbieders «afroepen» overeenkomstig de in de overeenkomst gestelde voorwaarden. De Algemene Ledenvergadering van de VNG heeft op 19 juni ingestemd met de mandatering aan de VNG (voorzitter VNG bestuur) van het sluiten van raamcontracten en het maken van afspraken met de specialistische aanbieders, waarbinnen gemeenten naar gebruik afrekenen.

De consequenties van de afbakening van de te verzekeren prestatie in het Besluit zorgverzekering met de ondersteuning bij het maatschappelijk functioneren vanuit de Wmo, wordt hier ook in meegenomen. Gemeenten worden door het TransitieBureau Wmo actief geïnformeerd over de landelijke inkoopafspraken, door middel van informatiekaarten, nieuwsflitsen en de website. Daarnaast monitor ik door middel van het transitievolgsysteem of gemeenten op de hoogte zijn van de landelijke inkoopafspraken. Op deze manier wordt voldoende geborgd dat gemeenten op de hoogte zijn dat zij ook voor deze ondersteuning zorg dienen te dragen.

Voor de doventolk in de Wmo 2015 is in de periode december 2013 – februari 2014 een verkennend onderzoek uitgevoerd door de VNG in afstemming met het Ministerie van VWS, om te bepalen of en zo ja in welke vorm, landelijke afspraken voor de doventolk voor de Wmo 2015 mogelijk zijn, aangezien het hier gaat om hele specifieke ondersteuning. Op 16 februari 2014 heeft de VNG-commissie Gezondheid en Welzijn naar aanleiding van de verkenning besloten om een landelijke regeling voor de doventolk op te richten en onder te brengen bij de VNG. Daarnaast is besloten door de VNG-commissie om een landelijke toegang te organiseren voor de doventolk in de Wmo 2015 vergelijkbaar met de huidige situatie in de AWBZ. De Algemene Ledenvergadering van de VNG heeft

op 19 juni ingestemd met de uitname van 8,65 miljoen uit het macro-budget Wmo 2015 voor de landelijke doventolk regeling. Op dit moment is de VNG in afstemming met het Ministerie van VWS bezig met de verdere uitwerking van de regeling. Hierbij wordt getracht zo veel mogelijk aan te sluiten bij de manier waarop de doventolk in de leefsituatie op dit moment, naar tevredenheid van de gebruikers, door Zorgkantoor Menzis (namens alle zorgkantoren) wordt uitgevoerd. De financiële consequenties van de afbakening van de te verzekeren prestatie in het Besluit zorgverzekering met de ondersteuning bij het maatschappelijk functioneren vanuit de Wmo, wordt hier ook in meegenomen. Deze middelen die ook betrekking hebben op ondersteuning bij het maatschappelijk functioneren zijn niet geoormerkt en maken onderdeel uit van het totale Wmo budget dat wordt toegevoegd aan het deelfonds sociaal domein in het Gemeentefonds.

De PVV vraagt aandacht voor de expertisefunctie waarvan voor de componenten lumpsum en de niet-cliëntgebonden consultatie en advies bij andere zorgaanbieders alternatieve bekostiging in de vorm van een subsidie voorgesteld wordt. De PVV vraagt of de Minister hier niet aan zijn doel voorbij gaat door financiering door middel van een subsidie te onderzoeken?

Om een besluit te nemen over de toekomstige vormgeving van de expertisefunctie acht ik het noodzakelijk deze functie eerst nader inzichtelijk te maken. Daarom zal deze functie door de NZa worden onderzocht. Op basis hiervan kan een besluit worden genomen over de verdere vormgeving van de expertisefunctie.

Voor de vaste budgetten aan vier instellingen voor zintuiglijk gehandicapten (lumpsum) geldt dat de NZa op dit moment nog geen inzicht heeft waarvoor deze middelen worden ingezet. Deze middelen zijn in de AWBZ jaarlijks aan de rekenstaten van de zorginstellingen toegevoegd, zonder voorafgaande indiening van activiteitenplannen met begrotingen. Nu deze middelen beschikbaar worden gesteld in de vorm van subsidie betekent dit dat zorgaanbieders jaarlijks vooraf aan moeten geven aan welke activiteiten zij de middelen gaan besteden. Daarmee wordt een start gemaakt met verdere transparantie over de inzet van betreffende middelen.

Voor een deel van de afspraken voor levering van consultatie en advies aan andere zorginstellingen geldt dat dit niet-cliëntgebonden zorg is en dat deze zich daarom niet leent voor overheveling naar de Zvw. Ik vind financiering in de vorm van een subsidie dan ook een goede regeling totdat het nader NZa-onderzoek meer duidelijkheid zal geven.

De leden van de PVV vragen of er nog meer onderdelen van de AWBZ zijn die uiteindelijk gefinancierd zullen worden via subsidies

Voor de kennis en expertisefunctie van de zintuiglijk gehandicapten is er voor gekozen om deze in 2015 te financieren via een begrotingssubsidie van VWS. Om een definitief besluit te nemen over de toekomstige vormgeving van de expertisefunctie acht ik het noodzakelijk deze functie eerst nader inzichtelijk te maken via vervolgonderzoek van de NZa. Ik vind financiering in de vorm van een subsidie via de begroting van VWS dan ook een goede regeling totdat het nader NZa-onderzoek meer duidelijkheid zal geven. In 2015 komt er nog een subsidie via de begroting van VWS bij waarvoor er een bedrag wordt overgeboekt vanuit premiemiddelen naar de begroting van VWS. Het betreft de middelen voor de NZa-beleidsregel Nationaal Programma Ouderenzorg 2014.

De leden van de PVV-fractie vragen waarom er wordt vastgehouden aan overheveling per 1 januari 2015 als er nog zoveel onduidelijk is?

Uitgangspunt is dat deze overheveling op een zorgvuldige wijze moet gebeuren. In 2015 wordt de bekostiging in de Zvw nog gebaseerd op de twee bestaande behandelprestaties uit de AWBZ. Daarom heb ik intensief overleg met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntorganisaties om bestuurlijke afspraken te maken over de wijze waarop de zorg in 2015 wordt overgeheveld, over de te nemen stappen in de doorontwikkeling richting het eindmodel, over de expertisefunctie, over doorontwikkeling van het kwaliteitskader, over de financiële randvoorwaarden (waaronder doelmatigheid en beheersbaarheid van het budgettaire kader), over toegankelijkheid van de zorg, over specifieke communicatie met deze cliëntgroep en over monitoring. Daarmee heb ik er vertrouwen in dat de overheveling per 2015 op verantwoorde wijze mogelijk is. Bovendien levert uitstel onzekerheid op bij zorgaanbieders die zich al een aantal jaren voorbereiden op deze overheveling.

De leden van de PVV-fractie vragen ook hoe zal worden omgegaan met het beperkte aantal aanbieders van deze vorm van zorg. Wat zijn de consequenties als de zorgverzekeraars er niet uitkomen met de aanbieders?

In deze sector is sprake van een beperkt aantal gespecialiseerde zorgaanbieders wat tot gevolg heeft dat nauwelijks sprake zal zijn van onderlinge concurrentie. Daar staat tegenover dat de zorgverzekeraars via de contractering een belangrijk sturingsinstrument in de richting van deze zorgaanbieders in handen hebben om tot afspraken te komen over zorgverlening voor hun verzekerden. De voorgenomen aanpassing van artikel 13 van de Zvw geeft de zorgverzekeraars extra handvatten om hieraan vorm en inhoud te geven. Bovendien heb ik om de zorgcontractering te vergemakkelijken in de transitiefase met de sector afgesproken dat zorgverzekeraars in het jaar 2015 in representatie zullen inkopen. Met de opgedane kennis van 2015 zullen de zorgverzekeraars in 2016 goed zijn toegerust om op individuele basis te kunnen inkopen. Ik ga er van uit dat de NZa de ontwikkelingen nauwlettend in de gaten houdt. De NZa kan immers indien nodig het AMM-instrument inzetten om eventuele negatieve effecten van aanmerkelijke marktmacht van zorgaanbieders tegen te gaan. De NZa kan bijvoorbeeld verplichtingen opleggen zodat de eventuele negatieve effecten die in het rapport van de NZa in kaart gebracht zijn niet optreden. Daarnaast kan ook de ACM ingrijpen wanneer zorgaanbieders de concurrentie vervalsen of misbruik maken van hun economische machtspositie. Ik vertrouw erop dat deze bevoegdheden toereikend zijn en dat de toezichthouders deze instrumenten toepassen wanneer dat nodig is.

De leden van de PVV-fractie vragen wat dan de gevolgen zijn voor de premie.

Omdat zorg die voorheen uit de AWBZ werd betaald vanaf 2015 uit de Zvw betaald wordt gaan de Zvw-uitgaven omhoog. De totale stijging van de nominale premie door de overhevelingen in het kader van de hervorming van de langdurige zorg bedraagt in 2015 naar verwachting maximaal € 20 op jaarbasis, inclusief het financiële effect van de overheveling van de jeugd-GGZ van de Zvw naar gemeenten in het kader van de Jeugdwet en inclusief het effect van de tijdelijke rijksbijdrage aan het Zorgverzekeringsfonds in verband met de overhevelingen. In de verwachte premiestijging is geen rekening gehouden met een eventuele premieopslag door de toename van de minimaal vereiste solvabiliteit van verzekeraars in verband met de overhevelingen. Dit is een bedrijfsecono-

mische beslissing van individuele verzekeraars die onderdeel is van de premiestellingen voor 2015.

De leden van de fractie van de PVV vragen of deze zorg onder het eigen risico komt, en zoja, wat daarvan de gevolgen zijn voor de financiële situatie van deze groep. Zij willen weten hoe er gekeken gaat worden naar de stapeling van eigen bijdragen en eigen risico.

Bij de overgang van deze zorg naar de Zvw gaat het eigen risico ook voor deze zorg gelden. Wat dit betekent voor de verzekerde is afhankelijk van de mate waarin de verzekerde zijn eigen risico al heeft vol gemaakt. In dit kader wil ik er op wijzen dat voor de laagste inkomens het eigen risico voor een groot deel wordt gecompenseerd via de zorgtoeslag. Voor de zorg die wordt overgeheveld, wordt geen specifieke eigen bijdrage ingevoerd. Wel kan het zijn dat een verzekerde gebruik maakt van deze zorg en daarnaast andere Zvw zorg, zoals een hoortoestel, nodig heeft waarvoor wel een eigen bijdrage geldt. Deze eigen bijdrage had de verzekerde ook in de huidige situatie moeten betalen. De overheveling van deze zorg verandert hier dus niets.

De leden van de PVV-fractie vragen wat hiervan de financiële gevolgen zijn van de aanwijzing aan de NZa voor de aanbieders, en of er het risico bestaat dat er van het toch al kleine aantal aanbieders een omvalt? Dat geldt ook voor de mogelijkheid om, indien er sprake is van een overschrijding op het kader zintuiglijk gehandicaptenzorg, te besluiten deze via een tariefmaatregel te redresseren in plaats van of naast de mbi-heffing.

Ik heb geen signalen dat er problemen ontstaan bij zorgaanbieders. De overheveling gebeurt immers budgettair neutraal: er vindt geen bezuiniging plaats op deze overheveling. Bovendien is er voor 2015 en 2016 1% groei op jaarbasis beschikbaar en is vastgelegd dat alle cliënten die in zorg zijn op 1 januari 2015 zorg blijven ontvangen van dezelfde aanbieder. Overigens wijs ik er op dat zorgverzekeraars er gelet op hun zorgplicht voor verantwoordelijkheid zijn dat er voor hun verzekerden voldoende kwalitatief goede zorg beschikbaar is. Dit betekent dat zij moeten zorgen voor continuïteit van de zorg mocht een instelling onverhoopt in financiële problemen komen. Zoals ik naar aanleiding vragen van de SP en CDA heb aangegeven, staat voor mij voorop dat wordt voorkomen dat overschrijdingen ontstaan waarbij ik heb toegelicht welke maatregelen ik hiertoe in overleg met het veld neem. Zo er tegen deze achtergrond al sprake is van een overschrijding die noopt tot inzet van een beheersingsinstrument (mbi of tariefskorting), verwacht ik niet dat louter als gevolg hiervan een instelling in de financiële problemen zou komen.